

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁ
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

ASSOCIADO
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

PLACAR
JOSE FELICIANO DA SILVA
ELLEN DE MELO COSTA

INSCRIÇÃO
JOÃO PESSOA RS

DATA
20/09/2011 - SUPLENTE

ASSINATURA
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

VALIDADE
20/09/2011

CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁ

TEM FE BÚSLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 04844840

USO OBRIGATORIO
 IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 1º, III, da Lei nº 4.896/64)

IDENTIFICADORA DO PORTADOR
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

VALIDADE
20/09/2011

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 30 MAIO 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013813652784

76744520413

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20170800012997-8

VIA

1

0025473329-4

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

DAMIANA MARIA DA CONCEICAO

R JOSEFA A COSTA 117 CASA

N BRASÍLIA

58340000SAPE-PB

CPF/CNPJ

09572647474

PLACA

NQG5629/PB

NOME/ENDEREÇO

ENTRADA - ESTADUAL - BRASÍLIA

PLACA ANT./UF

NOVO

PB

CHASSI

9C2JC4110AR712394

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.

2010

ANO MOD.

2010

CAP/PCV/CL

2 P/124 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

Nº Motor : JC41E1A712394

SAPE-PB

LOCAL

21/12/2010

41521

31854

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190355570 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190355570 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

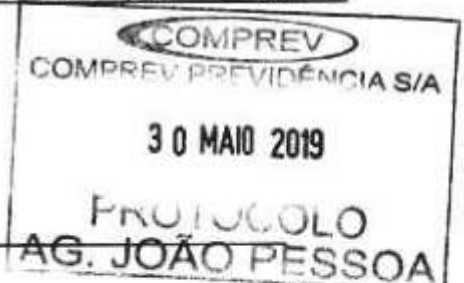
OUTORGANTE:

Nome: SILVANO GOMES DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: ADVOGADO
Identidade: 1205553 CPF: 223.64.225-00
Endereço: RUA VIGILANTE, 50 - LAR DO COMERCIAL, S/Nº - JARDIM

OUTORGADO:

Nome: FRANCISCA ELLEN DE MELO FELICIANO
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: ADVOGADA
Identidade: 2.569.321 SSP/PA CPF: 036.219.034-88
Endereço: RUA DOUTOR ANTONIO POLIST, 175, BARRAGEM, SÃO PAULO, SÃO PAULO

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e realizar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito necessários para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima SILVANO GOMES DOS SANTOS



Local e data

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

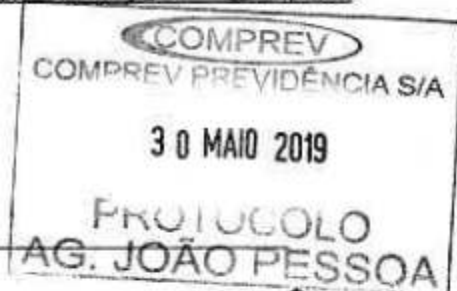
OUTORGANTE:

Nome: Saúlina GOMES DOS SANTOS
 Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SETELA
 Profissão: ADVOGADA
 Identidade: 1605663 CPF: 253.64.724-00
 Endereço: RUA PONTA, 50 - LAC. COALCANB, SDO/PO

OUTORGADO:

Nome: Franciellen de Melo Feliciano
 Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
 Profissão: ADVOGADA
 Identidade: 2.569.321 SSP/PA CPF: 036.219.034-88
 Endereço: Rua Doutor Antônio Polist, 175, Barragem, São Paulo, Paraíba

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e realizar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito necessários para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Saúlina GOMES DOS SANTOS



São Paulo
 Local e data

Saúlina Gomes dos Santos
 Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184607/19

Número do Sinistro: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

CPF: 853.274.924-00

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 05/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

Documentos de identificação

Procuração

SEVERINO GOMES DOS SANTOS : 853.274.924-00

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/06/2019
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184607/19

Número do Sinistro: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

CPF: 853.274.924-00

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/01/2019

Titular do CPF: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2019
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184607/19

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

CPF: 853.274.924-00

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 05/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SEVERINO GOMES DOS SANTOS : 853.274.924-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/05/2019
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184607/19

Número do Sinistro: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

CPF: 853.274.924-00

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/01/2019

Titular do CPF: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2019
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO GOMES DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190355570 Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO GOMES DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000038779-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 853.234.924-00 Nome completo da vítima: SUZANA LOPES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: SUZANA LOPES DOS SANTOS CPF: 853.234.924-00
 Profissão: ASSISTENTE Endereço: 000 FALCÃO Número: _____ Complemento: _____
 Bairro: NOVA CRISTINA Cidade: SÃO PAULO Estado: SP CEP: 05208-000
 E-mail: _____ Tel.(DDD): 11 23726662

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 32477 1
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Sorocaba, 23 de maio de 2019
 Nome: Suzana Lopes dos Santos
 CPF: 853.234.924-00
 [*] Assinatura de quem assina A ROGO
Suzana Lopes dos Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
 1ª Nome: _____ CPF: _____
 2ª Nome: _____ CPF: _____
 3ª Nome: _____ CPF: _____
 4ª Nome: _____ CPF: _____
 5ª Nome: _____ CPF: _____
 6ª Nome: _____ CPF: _____
 7ª Nome: _____ CPF: _____
 8ª Nome: _____ CPF: _____
 9ª Nome: _____ CPF: _____
 10ª Nome: _____ CPF: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 853.274.924-00 Nome completo da vítima: JOSEMARIA GOMES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOSEMARIA GOMES DOS SANTOS CPF: 853.274.924-00
 Profissão: APOSENTADA Endereço: RUA POCOTOMBA Número: SN Complemento: _____
 Bairro: ABOUL CAVACANTO Cidade: SÃO PAULO Estado: SP CEP: 06340-000
 E-mail: _____ Tel.(DDD): (11) 98862-4550

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 38772 1
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Paulo 28 de maio de 2019
 Nome: Josemaria Gomes dos Santos
 CPF: 853.274.924-00

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
 30 MAIO 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA
 Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRÂNSITO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 773/2019

Aos SEIS dias do mês de MAIO do ano de dois mil e DEZENOVE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 08h40min; compareceu **SEVERINO GOMES DOS SANTOS**, RG: 1609663-SSP/PB, brasileiro, solteiro, natural de Pilar/PB, nascido aos 29/11/69, agricultor, alfabetizado, filho de Pai não declarado e de Josefa Maria dos Santos, residente na rua Projetada-111-Bairro Abel Cavalcante- Sapé-/PB. O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 05/01/2019, por volta das 18:00h, na PB 073, o declarante ia no bagageiro de uma MOTO DE MARCA HONDA CG/125 FAN KS, DE PLACA NQG5629, ANO 2010, DE COR VERMELHA CHASSÍ 9C2 JC4110AR712394, EM NOME DE DAMIANA MARIA DA CONCEIÇÃO, CONDUZIDA PELO SENHOR VINICIUS SOUZA ALVES; QUE no giradouro no centro desta Cidade vinha um veículo não identificado bateu de lado na Moto do declarante; QUE o declarante foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Sá Andrade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma na Capital; Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE: Severino Gomes dos Santos

ESCRIVÃO: [Assinatura]





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRÂNSITO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 773/2019

Aos SEIS dias do mês de MAIO do ano de dois mil e DEZENOVE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 08h40min; compareceu **SEVERINO GOMES DOS SANTOS**, RG: 1609663-SSP/PB, brasileiro, solteiro, natural de Pilar/PB, nascido aos 29/11/69, agricultor, alfabetizado, filho de Pai não declarado e de Josefa Maria dos Santos, residente na rua Projetada-111-Bairro Abel Cavalcante- Sapé-/PB. **O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA:** QUE no dia 05/01/2019, por volta das 18:00h, na PB 073, o declarante ia no bagageiro de uma MOTO DE MARCA HONDA CG/125 FAN KS, DE PLACA NQG5629, ANO 2010, DE COR VERMELHA CHASSÍ 9C2 JC4110AR712394, EM NOME DE DAMIANA MARIA DA CONCEIÇÃO, CONDUZIDA PELO SENHOR VINICIUS SOUZA ALVES; QUE no giradouro no centro desta Cidade vinha um veículo não identificado bateu de lado na Moto do declarante; QUE o declarante foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Sá Andrade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma na Capital; Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE:

ESCRIVÃO:

Cezarina Maria Araújo de Medeiros
Escrivã de Polícia Mat:135.635-6

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
17 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. OSVALDO PESSOA

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 853.234.924-00 Nome completo da vítima: SENEZA LUIZ CARLOS DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: SENEZA LUIZ CARLOS DOS SANTOS CPF: 853.234.924-00
 Profissão: APOSENTADO Endereço: 000 FALTA-TOPO Número: _____ Complemento: _____
 Bairro: 1200 - CRISTÓFORO Cidade: SÃO PAULO Estado: SP CEP: 01201-000
 E-mail: _____ Tel.(DDD): 11 23726662-2530

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 32777 1
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Paulo, 23 de maio de 2019
 Nome: SENEZA LUIZ CARLOS DOS SANTOS
 CPF: 853.234.924-00
 [*] Assinatura de quem assina A ROGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
 1ª Nome: _____ CPF: _____
 2ª Nome: _____ CPF: _____
 3ª Nome: _____ CPF: _____
 30 MAIO 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 853.274.924-00 Nome completo da vítima: JOSEMARIA GOMES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOSEMARIA GOMES DOS SANTOS CPF: 853.274.924-00
 Profissão: APOSENTADA Endereço: RUA POCOSSEMAN Número: SN Complemento: _____
 Bairro: ABOUL CAVOCANTO Cidade: SÃO PAULO Estado: SP CEP: 06340000
 E-mail: _____ Tel.(DDD): (11) 988624550

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 38772 1
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, São Paulo 28 de maio de 2019
 Nome: JOSEMARIA GOMES DOS SANTOS
 CPF: 853.274.924-00

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

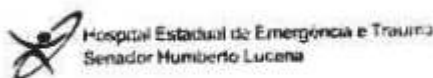
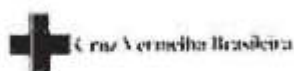
CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
 30 MAIO 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA
 Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1133820



Identificação do paciente

ID 1363168	Nome SEVERINO GOMES DOS SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 29/11/1969	Idade 49 anos 1 mes 7 dias	Estado civil
Mãe JOSEFA MARIA DOS SANTOS	Pai NAO DECLARDO	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) GISELE GERONIMO - ESPOSO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991150045	DDD Fixo
Tipos documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1609663	Fone Fixo
Local de procedência HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPE)	Nº Cns	UF PB
Email	Tipos UNIDADES SAUDE CBO/R	
	Naturalidade PILAR	

Endereço

CEP 58240000	Município de residência SAPE	UF PB
Número 111	Logradouro PROJETA	
	Barro ABEL CAVALCANTE	

Admissão

Data e Hora 05/01/2019 20:46:59	Número da pulseira 100007160508	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos
Paciente admitido com trauma de cabeça, membros superiores com fraturas em AT E 2 Rombos

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

CID

Tempo
48seg



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000038779-1

Nr. da Autenticação 1810B56DCE4CA133

GISELE JERONIMO DA SILVA
RUA PROJETADA, 52 - ABEL CAVALCANTE
SAPÉ / PB CEP: 59300000 (AG: 91)

Ligação MONOFÁSICA
Clt/Soc: RES MFC EM RESIDENCIAL - BARRA RENDA
Roteiro: 17 - 51 - 170 - 2325 Referência: Mar/2019
Medidor: 20068272411 Emissão: 27/03/2019



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
8100 Km 25 - Cristóvão Colombo - João Pessoa/PB - CEP: 50711-680
CNPJ: 09.096.783/0001-40 - Ins. Est. 18015.820-9

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº02.569.441
Cód. para Aut. Autenticação: 0091805487-6

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAE
Mar / 2019	27/03/2019	26/04/2019	083.079.464-21 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1505487-6**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 24 de abril de 2002.
Com a leitura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão. Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
26/03/19	8801	27/03/19	8758		155	28
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alta (cont.R\$)	Base Calc. Pot(R\$)
0601	Consumo - 20kVA-BR	30.000	0.037540	9.82	9.82	0.00
0601	Consumo - 21 a 100kVA-BR	70.000	0.002860	34.50	34.50	0.00
0601	Consumo - 101 a 220kVA-BR	55.000	0.003840	21.02	21.02	0.00
0610	Subtotal			65.34	65.34	0.00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			11.01	0.00	0.00
0604	JURCS DE MORA 02/2019			0.02	0.00	0.00
0608	MULTA 02/2019			1.37	0.00	0.00
0606	Desconto Substido			-30.34	0.00	0.00

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 133.55 141.39 11.53 151.50 1.62 7.48
Tarifa de Tributos: A160MW 0.190200 A160MW 0.220200 A160MW 0.249400

11/04/2019 **R\$ 133,55**
(Ratificação de Consumo (kWh))

12* | 120 | 120 | 120 | 117 | 116 | 90 | 121 | 148 | 125 | 179 | 128 | 117
Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19

RECEBIMOS DO FISCAL

f606.cfe7.dcf2.91fc.f607.1bb7.d9e5.0c82.

Indicadores de Qualidade				Comparativo com o Consumidor	
12/19 - Set					
	Limite do ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DESEMPENHO DE TRIMESTRAL	9.47	0.00	MONITOR	Serviço de 24h de Emergência	25.19
DESEMPENHO DE ANUAL	12.54			Consumo de Energia	25.94
DESEMPENHO DE TRIMESTRAL	25.95			Serviço de Transmissão	3.02
DESEMPENHO DE ANUAL	34.42	0.50	CONTRATADA	Encargos Setoriais	5.30
DESEMPENHO DE TRIMESTRAL	8.85		LIMITE SUPERIOR	Impostos, Oribitos e Encargos	62.84
DESEMPENHO DE ANUAL	13.70		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0.00
DESEMPENHO DE TRIMESTRAL	12.57	0.36		Total	133.55
DESEMPENHO DE ANUAL	12.57				100.00

ATENÇÃO Valor: R\$ 133,55 - Valor: R\$ 133,55

- Sua unidade foi lida com sucesso, tendo um desconto de R\$ 30,34.
- Leitura confirmada.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



01804067



CTC RECIFE PE PL7
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
R DOUTOR ANTONIO PALITOT 175
BANCARIOS
58051-780 JOAO PESSOA PB

DATA DE VENCIMENTO 10/04/19 - DATA DE POSTAGEM 01/04/19



721821057300175000029067130010415

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

23 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

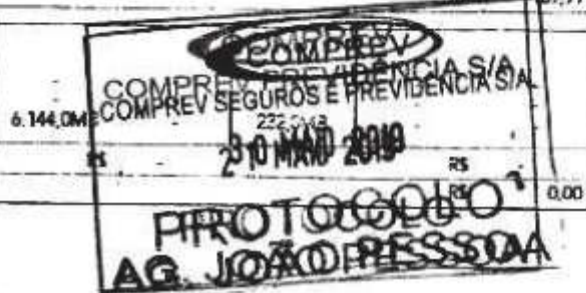
No App Minha Claro
Na internet - minhaclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052

Número do seu Claro 83 99181 6739 Período de Uso de 23/02/2019 a 22/03/2019 Vencimento 10/04/2019 Total a Pagar R\$ 229,56

Valor pago na última conta: R\$ 188,29

Veja aqui o que está sendo cobrado

	Contratado	Utilizado	Excedente
Permanência PF - Claro Pós 6GB (vigente até 12/03/2019)			
Plano Claro			
Oferta Conjunta Claro MIX	R\$ 109,99	-	-
Aplicativos Digitais	R\$ -	-	-
Claro Pós 6GB (128)	R\$ -	-	-
Desconto Claro Pós 6GB (128)	R\$ -	-	-
Internet			
6GB de internet	6.144,0MB	6.081,0MB	-
Serviços			
Torpedos ilim. nacionais para qualquer operadora	ilimitado	-	-
Voz			
Ligações locais e LDN ilim. para qualquer operadora	17.1400	366min54s	-
Subtotal	R\$ 109,99		R\$ -
Total - Plano Claro			R\$ 109,99
Contratações Adicionais			
Promoção Noites em Claro - 6GB	6.144,0MB	-	-
Promoção WhatsApp grátis	-	-	-
Internet	-	-	-
Subtotal			R\$ -
Total - Contratações Adicionais			R\$ 0,00



Prezado Cliente,

O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FURUT (1% e 0,5% do valor dos serviços) são repassados ao cliente. Central de Atendimento da Unilaf. 1331 - Ao ligar, informe o n° da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco



Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO Código Débito Automático 108690678 Período de Uso 23/02/19 a 22/03/19 Total R\$ 229,56 Vencimento 10/04/19
Claro NE DDD 81 a 89

84830000002-8 | 29560221201-3 | 90410108690-3 | 67803528122-1



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da folha, para não danificar o código de barras.

01804067

Pag 1 / 0

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jonas Ellen de Lede Feliciano
inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.219.034 / 88 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Sereuino Gomes dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.274.928 / 00
do sinistro de DPVAT cobertura imobiliz da Vítima Sereuino Gomes dos Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.274.928 / 00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: - - - Renda: - - - e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Santa Antônio Balot</u>	Número: <u>175</u>	Complemento:
Bairro: <u>Pancóias</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>jonas.feliciano@hotmail.com</u>		CEP: <u>58051-780</u>
		Tel. (DDD): <u>(81) 99181-6739</u>

Local e Data: Sopó / PB, 28 de maio de 2019

Jonas Ellen de Lede Feliciano
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, BARBARA MILE DE CONDORE

RG nº 749321, data de expedição 02 / 01 / 2008.

Órgão _____, portador do CPF nº 095 716.949 79, com

domicílio na cidade de SAR, no Estado de

Pinheiro, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

_____ nº 17.

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Sandro de Almeida dos Santos, cujo o condutor era

Seraphina Gomes dos Santos.

Veículo: Moto

Modelo: NGNDA CG

Ano: 2010

Placa: NQG 5629

Chassi: 2C20C41100N412394

Data do Acidente: 25.01.2010

Local e Data: 25.05.2019

Daniela Maria da Conceição
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Internationale des Lutes

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

FELICIANO DA SILVA

Serviço Notarial e Registral

[illegible]

ARTÓRIO ÚNICO
Serviço de Psicologia e Psiquiatria
Rua: Maria da Graça, 100 - Jd. Santa Helena
Fone: 333-1265-2541/9313-3165
Cidade: São Paulo - SP

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE SEVERINO GOMES DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO 29/11/69
NOME DA MÃE JOSEFA MARIA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1133820
DATA DO ATENDIMENTO 05/01/19
HORA DO ATENDIMENTO 20:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA DE TIBIA PROXIMAL
CID 10 S82.1 , SOO

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DA PERNA ESQUERDA E FRATURA DE TIBIA PROXIMAL NA ALTURA DO FERIMENTO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEdia. DEVIDO A PACTUAÇÃO FOI TRANSFERIDO PARA HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

FAST
TC DE CRANIO,
RX PELVE, COXA ESQ. , PERNA ESQ. JOELHO ESQ.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX PERNA ESQ. - FRATURA EXPOSTA DE TIBIA PROXIMAL ESQ.

TRATAMENTO:

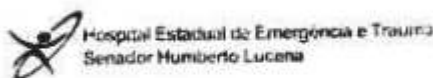
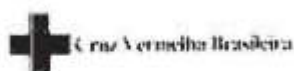
CURATIV, IMOBILIZAÇÃO DA PERNA ESQ. ENCAMINHADO AO H. ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR: 05/01/19
DATA DA EMISSÃO: 29/03/19



Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1133820



Identificação do paciente

ID 1363168	Nome SEVERINO GOMES DOS SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 29/11/1969	Idade 49 anos 1 mes 7 dias	Estado civil
Mãe JOSEFA MARIA DOS SANTOS	Pai NAO DECLARDO	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) GISELE GERONIMO - ESPOSO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991150045	DDD Fixo
Tipos documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1609663	Fone Fixo
Local de procedência HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPE)	Nº Cns	UF PB
Email	Tipos UNIDADES SAUDE CBO/R	
	Naturalidade PILAR	

Endereço

CEP 58240000	Município de residência SAPE	UF PB
Número 111	Logradouro PROJETA	
	Barro ABEL CAVALCANTE	

Admissão

Data e Hora 05/01/2019 20:46:59	Número da pulseira 100007160508	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos
Paciente admitido com trauma de cabeça, membros superiores e inferiores com fraturas em AT E 2 Koma

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

CID

Tempo
48seg





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>Silvane Gomes dos Santos</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <u>49 A</u>	SEXO <u>M</u>	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <u>06/01/2019</u>		DATA DE ALTA <u>02/03/2019</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>fratura exposta dos ossos da perna Esquerda S.82</u>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <u>Rx + exame físico</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Intervenção cirúrgica</u>					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÃO DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO

(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

paciente foi admitido a emergência com fratura exposta dos ossos da perna esquerda S.82. Foi realizada a intervenção cirúrgica com redução da fratura e fixação com placa e parafusos. Pós-operatório com boa evolução clínica e controle da dor.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO:

Relativo em casa por 90 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 90 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 90 dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: aproximadamente 7 dias

RETORNO

Ao posto de saúde em

Ao Ambulatório do Dr. Portela

para retirada de pontos.

em 02 dias para revisão.

02/03/19
DATA

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Ficha Nr: 195275	Atd: Nao Regul
Data: 06/01/2019	
Hora: 03:26:48	
Recepcionista: HELENA MARIA HONORAT	
Clinica: ORTOPEDIA	

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2019.01.000581

Num. Prontuario: 2019.01.000581

CNS: 898003945100358 Sexo: M IDENTIDADE: 1609663 Fone: 993571167

Natural: PILAR/PB Data Nasc.: 29/11/1969 Id: 49 ano(s)

End.: RUA PROJETADA - CASA, 11CPF = 853274924-00

Bairro: ABEL CAVALCANTE Cidade: SAPE UF : PB

Mae: JOSEFA MARIA DOS SANTOS

Pai: NAO DECLARADO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

ação: ENCARREGADO ADMINISTRATIVO

Escolaridade: PRIMARIO COMPLETO

MACOES DE ENTRADA

Re. ESPOSA - GISELE JERONIMO DA SILVA

Tel/. :. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA S. H. LUCENA

Despacho utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO-CGARUPA - 05/01 - 17.00H

Vitima de violência por: PX. RESIDENCIA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso: Altura:

~~☐ Hemorragia ☐ Dispineia~~

Glicemia: IMC:

☐ Diarrea ☒ Agitado

Circ. Abd: 028:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A Chocado

Queixa Principal

ENTRINHADO DO HETSHL CONFORME PACTUACAO

Observacao

NEGA ALERGIA (SIC) O

AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

* Punção com jato de 1a ponta de canula
porosa. Cor - líquido branco

Diagnostico

- *Adipos* ^{Conducta}
- *Robber* *Accus*

Prescrição

Horario da me

Dr. Carlos Lago da S. Chaves
Oncologia e Traumatologia
CRM-PB 9293 / TEOT 15816

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx*

Hipóteses Diagnósticas: *fa Experiência de 2000 e 2000*

Conduta: *Ativo Holo celular*

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 993 TEOT 15816

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:***Paciente em decúbito dorsal sob anestesia**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis***Incisão:***EM LOCAIS DE INSERÇÃO DE PINOS DE SCHANZ***Achados:****Conduta:***Realizado manobra de redução da fratura da tibia**Realizado novo fixador externo tipo delta sob auxílio de fluoroscopia**Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%**Realizado RX controle***Fechamento:***Curativo***OBS:**Data: 07 / 02 / 2018
Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM-PB 8577**MÉDICO/CRM**

Atendimento de campo, estereel

Incisão: ϕ

Achados: Exerimento infectado em região anterior medial (4)
anterior lateral e região posterior do paria (E)
com moderada quantidade de secreções purulentas.

Conduta:

Limpeza mecânica cirúrgica
Irrigação
Drenagem com SIOG, arastreia
Exatidão estereel
Rx de controle

Fechamento:

OBS:

Atendimento em via

Data: / /

Dr. Felipe Bezerra
Médico Especialista em
Otorrinolaringologia
CRM 75

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Paciente em DDH na anestesia	
Laparoscopia	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① Paciente em PA ab abd
esterna

Incisão:

② Amplica + Anterior + Superior de abd
esterna

③ Abertura + Limpa campo com
50% exatidão

Achados:

④ Pedes de pedim + Pedes de pedes
Externa. Pl. ortopédica de pedim

⑤ Apoiamento de base de pedim

Conduta:

⑥ Curativo

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9283 TEOT 15816

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

CANTEIRA DE IDENTIDADE

Severino Gomes dos Santos




P-237

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DA PARAÍSA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.809.663 - 2ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	16/05/2019
NOME SEVERINO GOMES DOS SANTOS			
FILIAÇÃO VICENTE GOMES DOS SANTOS JOSEFA MARIA DOS SANTOS			
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
PILAR-PB	29/11/1969		
DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº0000934 - LIV.00001 - FLS.233 - CARTORIO PILAR-PB			
CPF 853.274.924-00			

LIVRO DE 20/08/03

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
853.274.924-00

Nome
SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Nascimento
29/11/1969

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A

30 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO REGIONAL DA PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
 JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

PROCURADOR
 JOSE FELICIANO DA SILVA
 ELISABETE DE MELO COSTA

INSCRIÇÃO
 2040 PESSOA-05

DATA DE EMISSÃO
 20/05/2019

VALIDADE
 20/05/2024

ASSINATURA
 [Assinatura]

RECEBIMENTO
 20/05/2019

IDENTIDADE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 04844848

USO OBRIGATORIO PARA TODOS OS PMS LEVANS
 (Art. 11 da Lei nº 6.898/64)

IDENTIFICADORA DO PORTADOR
 [Assinatura]

RECEBIMENTO
 20/05/2019

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 MAIO 2019

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA